

Dimensi Sosial Disabilitas Mental di Komunitas Semin, Yogyakarta. Sebuah Pendekatan Representasi Sosial

Petra W. B. Prakosa

Fakultas Psikologi
Universitas Widya Dharma – Klaten

ABSTRACT

The aim of this study is to analyze the social dimension of mental disability in Semin Yogyakarta. Representational Theory as the basic thinking of qualitative approach in this research, is used to explore the public attitude about mental disability.

20 subjects who participated were derived from 3 different groups in the society. They are 1) the professionals, 2) normal people 3) person with mental disability.

The result shows that the people's social representation about mental disability create attitude which implies social interaction's unbalancing. Each group which comes from different social segment give different representation and meaning about abnormality. It becomes an individual reference to act differently in their community. This can influence the implementation of social disability program run by professionals, and also creates a social reality for the person with mental disability and his family. The conclusion is, the understanding about social representational dynamic can be the strategy in recognizing back the psychological needs of community related to mental disability problems.

Keywords: *representational theory, mental disability*

Disabilitas mental akhir-akhir ini menjadi fokus permasalahan para pemberi pelayanan kesehatan dan pendidikan di Indonesia. Pentingnya pelayanan kesehatan mental secara umum telah ditekankan dalam kebijakan kesehatan mental untuk periode 2001 – 2005 (Kompas, 2001). Yayasan Penderita Anak Cacat (YPAC) secara aktif mempromosikan keterampilan penyandang disabilitas mental untuk mengambil bagian dalam kehidupan bermasyarakat.

Strategi yang efektif untuk menelaah masalah ini adalah menggunakan pendekatan komunitas. Hal ini dilatarbelakangi oleh perubahan kebijakan pemerintah Indonesia yang saat ini telah terpusat. Pemerintah lokal menjadi *stakeholder* yang penting dalam menangani setiap masalah kesejahteraan dan pembangunan komunitas. Komunitas Kecamatan Semin dalam penelitian ini dilihat sebagai a) area geografis dengan batas-batas-batas fisik yang ditentukan untuk keperluan administratif (Willmott dalam Crow dan Allan, 1994); b) *neighbourhood* yang dapat diartikan sebagai rasa kepemilikan komunitas (Cohen, 1985); dan c) ruang

publik dimana konvensi-konvensi hasil komunikasi itu terjadi (Jovchelovitch, 2001).

Penelitian ini adalah sebuah studi kasus dengan metode kualitatif mengenai disabilitas mental di Kecamatan Semin, sebuah komunitas pedesaan di daerah Istimewa Yogyakarta. Masalah disabilitas mental di daerah tersebut sebelum ini telah diteliti oleh Faradz (1998), dengan menggunakan pendekatan biologis. Faradz lebih menekankan faktor genetika untuk menjelaskan fenomena yang telah terjadi. Prevalensi Disabilitas mental di kecamatan tersebut cukup tinggi (1,09%)

Dipihak lain penelitian ini mengambil perspektif yang berbeda dengan memberikan penjelasan mengenai dimensi-dimensi sosial disabilitas mental. Teori representasi sosial digunakan untuk mengeksplorasi disabilitas mental berdasarkan sudut pandang psikologi sosial. Komunitas dalam penelitian ini adalah sebuah area interaksi sosial (Rissel and Bracht, 1999) dimana masyarakat berkomunikasi dan mengembangkan *social knowledge* yang dapat diterjemahkan sebagai pengetahuan atau pendapat sosial. Komunitas bukanlah entitas yang homogen tetapi terdiri atas kelompok-kelompok individu yang memiliki posisi sosial yang berbeda. Flick (1998) menunjukkan bahwa sistem representasi sosial seringkali dibentuk oleh pendapat-pendapat masyarakat awam dan para profesional. Penelitian ini juga

mempertimbangkan posisi sosial yang berbeda dalam komunitas sosial yaitu, profesional, masyarakat awam dan para penyandang disabilitas mental.

Disabilitas mental dalam psikologi dideskripsikan berdasarkan permasalahan-permasalahan yang termanifestasi dalam bentuk keterbatasan fungsi psikologis dan sosial (AAMR dalam Seligman dkk, 2001). Namun penyebab dan implikasi disabilitas mental tidak dapat dijelaskan dengan cara sederhana. Masalah ini harus dilihat keterkaitannya dengan model biomedis dan sosial.

Pertama, model biomedis menjelaskannya dengan fenomena mutasi genetik yang menyebabkan abnormalitas kromosom serta epidemiologi untuk mengestimasi prevalensi dan memetakan faktor lingkungan yang mungkin menyebabkan disabilitas mental (Mercer, 1973). Kedua, model sosial beranggapan bahwa faktor-faktor sosial memiliki peranan yang lebih signifikan. Pada tingkat individual, psikologi dan ilmu pendidikan melihatnya sebagai permasalahan perilaku dan intelektual (Hodapp, dkk, 1990; Adams, 1971). Perspektif psikologi sosial dan sosiologi melihatnya sebagai permasalahan yang ada dalam sistem sosial. Bagaimana disabilitas mental didefinisikan akan mengarah pada bagaimana para penyandang diberi label, dan diperlakukan.

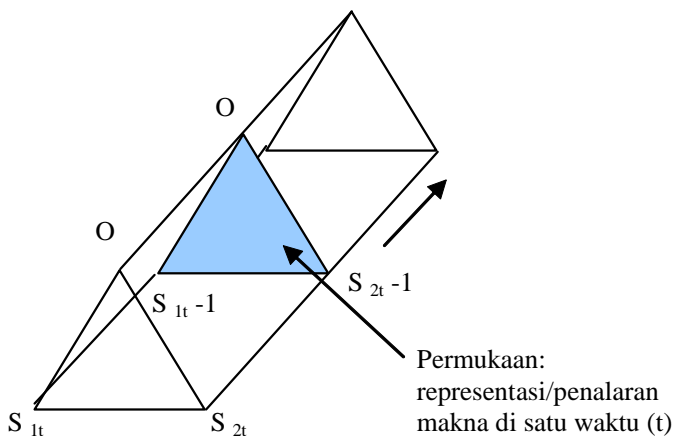
Moscovici (2001) mengemukakan teori representasi sosial yang dapat dikategorikan sebagai sebuah

pendekatan psikologi sosial sosiologis. Representasi sosial didefinisikan sebagai “sistem nilai, ide-ide dan praktek sosial yang secara simultan dapat menetapkan sebuah aturan sehingga anggota masyarakat dapat mengarahkan diri dalam dunia sosial dan material. Komunikasi akan terjadi antar anggota masyarakat dengan menggunakan kode-kode yang memungkinkan terjadinya pertukaran sosial dan kode-kode untuk memberi nama serta mengklasifikasikan berbagai aspek kehidupan sepanjang sejarah individual dan kelompok” (Moscovici dalam Duveen, 2000).

Ide-ide, yang kemudian menjadi keyakinan, mengenai disabilitas mental dikomunikasikan antar individu dalam komunitas melalui ekspresi verbal dan non verbal melalui pertukaran *images*

atau kesan (Wagner dkk, 1999). Sehingga dapat disimpulkan bahwa komunitas adalah *thinking society* atau masyarakat yang berpikir dan berkomunikasi untuk mengkonstruksi objek sosial. Subjek atau individu yang berkomunikasi akan membentuk representasi sosial melalui hubungan triadik antara Subjek → Objek ← Subjek (Bauer dan Gaskel, 1999; Jovchelovitch, 1998). Hubungan ini diperlihatkan dalam dimensi ketiga yang menggambarkan bahwa representasi sosial bukanlah sebuah entitas yang tetap tetapi berkembang dari waktu ke waktu. Bauer dan Gaskel (1999) mengusulkan sebuah diagram *toblerone* untuk menjelaskan bagaimana representasi sosial terbentuk dalam dimensi waktu untuk memahami sejarah dan proyeksinya di masa mendatang.

Gambar 1. Diagram Toblerone dari Representasi Sosial *)



*) (Bauer dan Gaskell, 1999, hlm 171)

Representasi sosial dengan ini akan memberi orientasi bagi individu untuk mempersepsi sebuah objek sosial dan memberi arah untuk berperilaku. Jodelet (1991) menginterpretasikannya lebih jauh sebagai pengetahuan, teori, versi-versi realitas yang diteliti sebagai posisi sosial yang dipegang oleh individu atau kelompok.

Dinamika dari masyarakat yang berpikir membentuk representasi sosial yang beraneka ragam dalam sebuah komunitas. Berdasarkan pendekatan struktural, Jodelet (1991) mengetengahkan konsep *structuring nuclei* atau inti organisator representasi-representasi yang muncul membentuk sebuah struktur. Pendekatan struktural ini akan menjelaskan dinamika dari representasi sosial yang berbeda-beda yang dimunculkan oleh kelompok-kelompok yang berbeda-beda pula dalam sebuah komunitas. Dinamika tersebut kemudian memungkinkan sebuah pemetaan dari sebuah *representational field* atau medan representasi, seperti yang diusulkan oleh Gillespie (1999) untuk memperoleh gambaran mengenai realitas sosial dari sebuah fenomena.

Dari sudut pandang ini, disabilitas mental adalah sebuah permasalahan yang dikonstruksi secara sosial dalam sebuah masyarakat. Kesan masyarakat tentang disabilitas mental sebagai bentuk dari representasi sosial diterjemahkan dalam praktek-praktek sosial. Representasi yang menjadi pengetahuan atau pendapat sosial ini

menjadi acuan untuk menangani masalah disabilitas mental. Hal ini juga membawa konsekuensi dalam pemberian pelayanan dan program-program untuk mempromosikan kesejahteraan penyandang disabilitas mental (lihat Farr, 1995; Eayres dkk, 1995).

Stakeholder yang paling terpengaruh akan semua ini adalah para penyandang disabilitas mental itu sendiri. Mereka menyandang stigma karena ketidaksempurnanya (Goffman, 1963). Ini membuat yang membuat mereka termarginalkan dari penerimaan sosial yang utuh (Dovidio, 2000) yang mengarah pada pembentukan identitas sosial yang 'rusak' (Augoustinos dan Walker, 2004). Sebuah studi oleh Westbrook dan kawan-kawan (1993) mengungkapkan bahwa sikap sosial yang negatif seringkali berbentuk hambatan dalam menjalankan peran sosial dan aktivitas, serta akses-akses ke pelayanan masyarakat. Diungkapkan pula bahwa para penyandang disabilitas mental ternyata lebih terstigmatisasi dibandingkan dengan mereka yang mengalami disabilitas fisik.

Penelitian ini merupakan penelitian eksploratif atas permasalahan disabilitas mental. Dua tujuan yang ingin dicapai oleh penelitian ini adalah 1) memahami diskursus atau representasi masyarakat sebagai suatu entitas sosial yang terjadi di dalam komunitas masyarakat Semin; dan 2) memahami representasi sosial sebagai sebuah proses yang terjadi di

Komunitas Semin. Pemahaman ini memungkinkan peneliti untuk memetakan dinamika representasi sosial tentang disabilitas mental sebagai usaha untuk memahami bagaimana masyarakat dapat 'berpikir dan bertindak'.

Berdasarkan tujuan ini, tiga pertanyaan penelitian diajukan untuk memberi arahan bagi prosedur penelitian: 1) Bagaimanakah para profesional, yaitu guru sekolah luar biasa dan dokter, merepresentasikan masalah disabilitas mental?; 2) Bagaimanakah masyarakat awam termasuk di antaranya orang tua atau wali dari orang-orang dengan disabilitas mental merepresentasi masalah disabilitas mental?; dan 3) Bagaimanakah mereka dengan disabilitas mental merepresentasikan masalah yang mereka alami sendiri?

Metode Penelitian

Desain Metodologi

Penelitian ini menggunakan desain studi kasus yang memungkinkan peneliti untuk melihat disabilitas mental sebagai sebuah unit analisis (Flick, 1998; Lipset dkk dalam Yin, 1984) yang terdiri dari tiga sub-unit analisis (lihat tabel 1).

Metode Pengambilan Data

Data utama akan diambil dari wawancara individual, tetapi sebelum itu data demografis sebagai data sekunder akan dicermati untuk memperoleh deskripsi atau gambaran awal tentang Komunitas Semin secara keseluruhan. Data ini diperoleh dari data demografis Kecamatan Semin, data siswa Sekolah

Luar Biasa Kecamatan, dan Pusat Kesehatan Masyarakat di Kecamatan Semin. Deskripsi dari data ini akan menjadi data preliminer sebelum melakukan wawancara.

Wawancara menjadi alat utama untuk pengambilan data. Dua puluh subjek diseleksi berdasarkan perwakilan kelompok sosial yang akan dianalisa, yaitu kelompok profesional, masyarakat awam, dan penyandang disabilitas mental. Wawancara ini adalah wawancara semi terstruktur sehingga pedoman wawancarapun disusun berdasarkan tema-tema, yaitu a) *Images* atau kesan-kesan tentang disabilitas mental; b) sikap terhadap fenomena disabilitas mental; c) strategi *coping* atau penanganan masalah yang digunakan kelompok yang berbeda-beda; dan d) sumber daya yang tersedia serta hambatan-hambatan dalam pemecahan masalah. Penyandang disabilitas mental akan diwawancara dengan menggunakan sebuah cerita (lihat Wagner dkk, 1999). Cerita ini akan mendukung proses *raport* dengan subjek dan mengeksplorasi perasaan serta pengalaman subjek dalam menghadapi masalah sehari-hari.

Metode Analisis Data

Data verbal dari verbatim disusun dalam sebuah korpus atau kumpulan data untuk kemudian diinterpretasi dengan menggunakan metode analisis tematik (lihat Flick, 1998). Kodifikasi korpus akan dilakukan untuk memperoleh kode-kode sebagai intisari data dengan bantuan program analisa

data kualitatif ATLAS.ti. 4.2. Proses kodifikasi dilakukan dengan mengkategorikan ekspresi-ekspresi atau pendapat-pendapat sebagai unit-unit makna dalam sebuah kerangka kode. Dari situ dinamika representasi sosial tentang disabilitas akan dilihat dan dipetakan untuk memperoleh gambaran yang lebih holistik.

Hasil Penelitian

Representasi sosial mengenai disabilitas mental membentuk sistem pengetahuan (*knowledge system*) yang terdiri dari tiga inti organisator (*structuring nuclei*). Pemetaan sistem pengetahuan ini menjelaskan pertukaran representasi dan pendapat yang dimiliki oleh para profesional dan masyarakat awam.

Representasi ini kemudian membentuk realitas sosial bagi penyandang disabilitas mental. Hal ini sesuai dengan argumentasi Jodelet (1991) bahwa pendekatan representasi sosial memaknai disabilitas mental di dua sisi. Disabilitas mental menjadi objek sosial sekaligus diterjemahkan sebagai proses produksi pengetahuan dan pendapat yang membentuk sikap dan praktek-praktek sosial. Dinamika ini berlangsung dalam konteks komunitas dan dipengaruhi oleh *sense of community* masyarakat.

Masyarakat Semin mengungkapkan kehidupan yang sulit dimana penghasilan dirasa tidak dapat mencukupi kebutuhan sehari-hari. Tanah yang tidak subur menjadi masalah utama bagi para petani sehingga mereka harus merubah profesi saat musim kemarau tiba menjadi petani

Tabel 1. Unit Analisis Kasus Disabilitas Mental*)

Unit Analisis	Sub-unit Analisis		
	Masyarakat Awam	Professional	Penyandang Disabilitas Mental
Kasus Disabilitas Mental	<p>Berdasarkan teks/ korpus wawancara:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Deskripsi dari kehidupan berkomunitas; ▪ Representasi sosial tentang disabilitas mental di masyarakat 	<p>Berdasarkan teks/ korpus wawancara:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Deskripsi dari kehidupan berkomunitas; ▪ Representasi sosial tentang disabilitas mental di masyarakat 	<p>Berdasarkan teks/ korpus wawancara:</p> <p>Representasi sosial yang dikonstruksi dari emosi dan pengalaman pribadi</p>

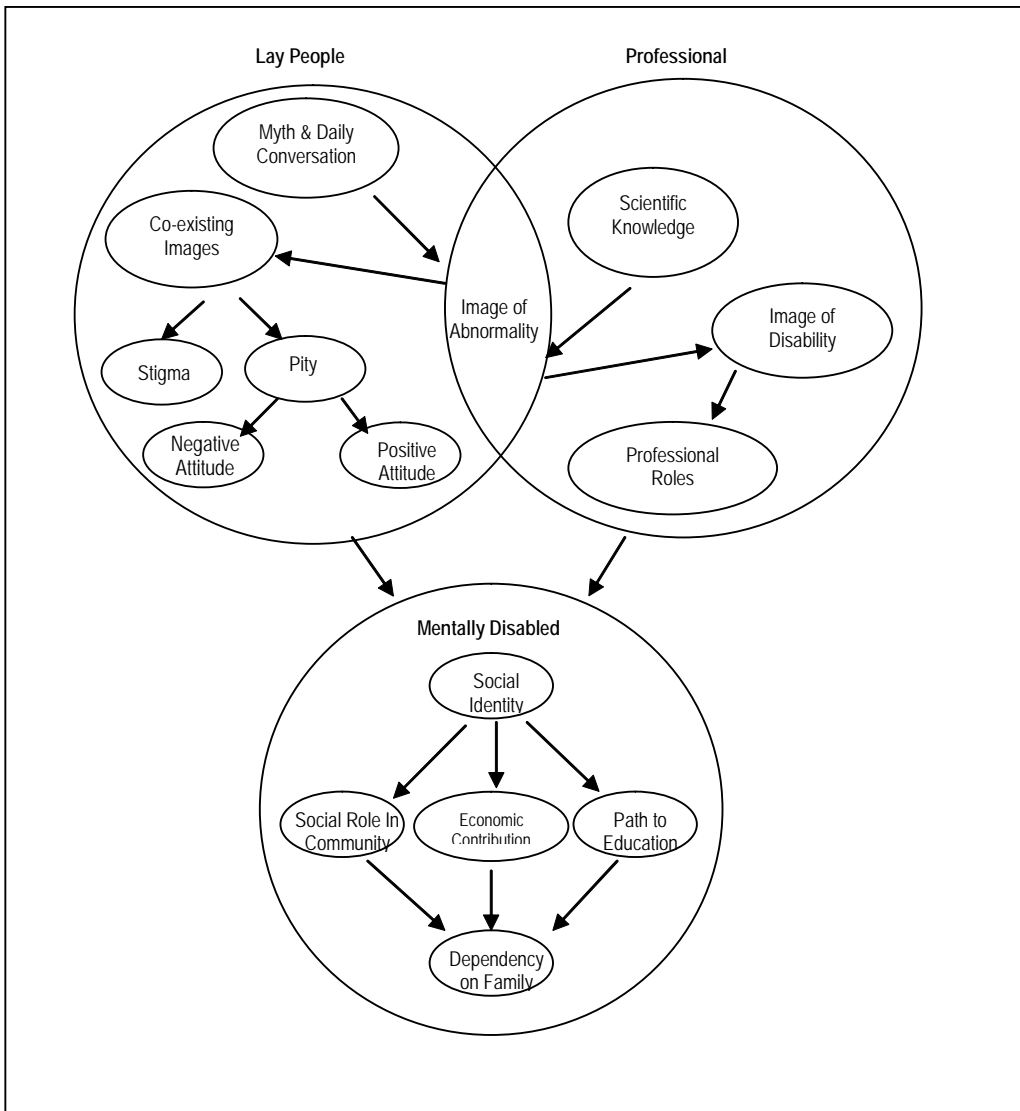
*) Format diadopsi dari Lipset dan kawan-kawan (dalam Yin, 1984).

Dimensi Sosial Disabilitas Mental....

palawija atau buruh bangunan di kota. Orientasi komunitas yang kolektifistik tampak dalam komunitas ini (lihat Triandis, 1998). Mereka memiliki rasa ketergantungan dan sistem relasi yang

erat antar individu. Hal ini menguntungkan bagi para penyandang disabilitas mental dan para lanjut usia sehingga terdapat dukungan positif bagi mereka yang biasanya lebih ter-

Gambar 2. Medan Representasi Disabilitas Mental di Komunitas Semin: Alur Proses Representasi



marjinalisasi dalam komunitas yang individualistik.

1. Representasi Sosial Disabilitas Mental dalam Komunitas Semin

Representasi sosial tentang disabilitas mental menghasilkan objek-objek sosial yang berkenaan dengannya. Objek-objek ini adalah hasil sistem pengetahuan yang berbentuk a) Representasi sosial profesional dan masyarakat dan b) identitas sosial penyandang disabilitas mental. Di sisi yang lain, sistem pengetahuan yang ada juga menentukan praktek-praktek sosial seperti c) rasa kasihan sebagai sikap yang kontradiktif; d) sikap orientatif profesional terhadap program disabilitas mental; dan e) strategi *coping* masyarakat.

a. Representasi sosial disabilitas mental

Secara umum disabilitas mental dipandang sebagai abnormalitas. Tidak dapat disembuhkan tetapi dapat dikelola dan dihadapi. Baik profesional maupun awam setuju bahwa disabilitas adalah masalah mental yang permanen yang terlihat sejak tahap perkembangan dini. Para profesional memberikan deskripsi yang lebih terstruktur, sedangkan masyarakat awam berpikir dengan cara yang lebih beragam.

Definisi yang diberikan profesional didasari oleh pengetahuan sehingga disabilitas mental didefinisikan berdasarkan konsep teoritis yang ada. Guru menekankan konsep disabilitas dengan kebutuhan-kebutuhan khusus. Dokter melihatnya sebagai abnormalitas

perkembangan otak. Kedua kelompok profesional melihat mutasi genetik sebagai faktor utama penyebab disabilitas mental. Selain itu kebiasaan, pemenuhan kebutuhan nutrisi, dan kelainan proses kelahiran juga dianggap sebagai pemicu. McDermott dan Altekruise (2002) telah mengungkapkan bahwa rangkaian sebab-akibat ini dimulai dari kemiskinan sampai pada kesehatan bayi yang minimal.

Awam memandang disabilitas mental sebagai masalah mental yang diturunkan. Mereka melakukan pelabelan bahwa disabilitas mental adalah sebagai sebuah 'penyakit', 'ketidakmampuan', dan 'kegilaan'.

Baik sains dan pengetahuan lokal menjadi dasar dari gambaran-gambaran ini. Ketidakkonsistenan pelabelan juga tampak dari laporan pemerintah mengenai disabilitas mental. Setiap desa memberi label yang berbeda-beda seperti 'disabilitas mental', 'retardasi mental', 'ketidakmampuan mental', 'idiot', dan 'gila' (Kecamatan Semin, 2003).

Sebuah mitos mengenai kutukan tercipta di kalangan masyarakat untuk memberikan penjelasan mengapa masalah ini terjadi. Kutukan ini menimpa mereka dalam sistem kekeluargaan tertentu. Ini adalah penjelasan masyarakat awam tentang abnormalitas genetika yang diturunkan. Mereka melihat bahwa kutukan ini diturunkan melalui garis perempuan yang sesuai dengan penjelasan Faradz (1998) mengenai bagaimana abnormalitas

kromosom pada *Fragile-X* diturunkan. Sebagian masyarakat melihat masalah ini sebagai takdir dari Tuhan sehingga lebih menekankan pentingnya sikap pasrah dalam filosofi Jawa.

b. Identitas Sosial Penyandang Disabilitas Mental

Hubungan sosial yang tidak simetris dipicu oleh proses pengelompokan sosial. Hal ini tampak dari ekspresi individu antar kelompok dalam struktur dan sistem sosial. Masyarakat Semin terbagi menjadi dua kelompok yaitu mereka yang tidak menyandang disabilitas mental dan mereka dengan disabilitas mental. Terdapat ekspresi 'kami' dan 'mereka' serta 'normal' dan 'tidak normal' untuk memberi batas antar kelompok yang memberi media untuk stigma. Pelabelan ini menurut Goffman (1963) merupakan pembentukan identitas sosial yang 'rusak' bagi penyandang disabilitas mental.

Hal ini tampak dari ekspresi rasa malu dan penarikan diri. Individu dengan disabilitas mental kerap menyatakan bahwa mereka merasa malu sehingga seringkali mengurungkan niatnya untuk bersosialisasi dengan yang lain. Sikap negatif masyarakat menjadi hambatan bagi mereka untuk melakukan komunikasi dengan orang lain walaupun mereka menampakan keinginan untuk membina persahabatan.

2. Rasa Iba sebagai Sikap Sosial yang Kontradiktif

Emosi yang paling umum diekspresikan adalah rasa iba. Hal ini mengimplikasikan hubungan sosial yang tidak simetris. Rasa iba adalah sebuah bentuk representasi sosial untuk menyeimbangkan identitas sosial para penyandang disabilitas mental (Farr, 1995). Sikap positif terlihat dari simpati dan empati masyarakat sekitarnya. Orientasi komunitas yang kolektif menciptakan iklim kondusif terhadap penyandang disabilitas mental. Walaupun demikian stigma tetap tidak terhindarkan dan muncul dalam ekspresi sehari-hari seperti 'bodoh' atau '*mbambung*' sehingga menciptakan batas bagi para penyandang disabilitas mental untuk berkomunikasi dengan efektif.

3. Orientasi Profesional untuk Program Disabilitas Mental

Representasi sosial para profesional dibentuk berdasarkan pengetahuan yang terstruktur. Pengetahuan ini membantu mereka untuk melaksanakan peran mereka dalam program-program kesehatan dan pendidikan untuk penderita disabilitas mental. Guru Sekolah Luar Biasa mendorong anak-anak dengan disabilitas mental untuk mengikuti pendidikan luar biasa. Program lain dilakukan untuk peningkatan kemampuan ekonomi dan hidup sehari-hari (*livelihood*) yaitu dengan penyediaan sarana peternakan untuk belajar. Profesional kesehatan lebih cenderung untuk fokus pada pencegahan disabilitas mental yaitu dengan

pemberian nutrisi. Namun informasi yang cukup mengenai seluk-beluk disabilitas mental dan penyebab-penyebabnya belum tersampaikan ke masyarakat.

4. Strategi Coping Masyarakat

Masyarakat awam menyebarluaskan representasi sosial mereka tentang disabilitas mental melalui percakapan sehari-hari dan mitos yang diwarnai kebudayaan masyarakat Jawa. Pendapat-pendapat mereka menjadi dasar praktek sosial yang ada terutama bagi keluarga dan pejabat setempat.

Keluarga cenderung untuk menganggap kelainan pada penderita sebagai penyakit. Di tahap awal deteksi disabilitas mental, keluarga akan mencari pertolongan dari dokter dan dukun secara simultan. Kedua pendekatan ini dianggap penting bagi masyarakat Semin. medical doctors. Hal ini menunjukkan peran *cognitive polyphasia* atau kemampuan kognitif untuk mengadopsi sistem nilai yang berbeda secara simultan (Jovchelovitch, 1998). Mencari bantuan dari dukun atau 'orang pintar' biasanya diteruskan setelah dokter tidak dapat memberi solusi atau informasi yang dibutuhkan.

Representasi sosial juga mempengaruhi bagaimana pemerintah lokal memberikan dukungan bagi penyandang disabilitas mental. Mereka mengalokasikan dana bantuan beras dan susu melalui organisasi Forum Komunikasi Pekerja Sosial Masyarakat Semin.

5. Kehidupan Sosial Penyandang Disabilitas Mental

Mereka yang menyandang mental disabilitas ringan atau moderat tetap diharapkan perannya dalam kehidupan ekonomi. Stigma yang ada menghambat mereka memberikan kontribusi secara penuh tetapi mereka tetap dapat membantu keluarganya dalam aktivitas ekonomi seperti memotong kayu, bertanam, dan memberi makan ternak. Para tetangga juga meminta bantuan untuk melakukan tugas rumah tangga dan memberikan sedikit upah bagi mereka. Bagi para penyandang disabilitas mental berat, keluarga akan bertanggung jawab atas kehidupan mereka.

Kesempatan untuk mendapatkan pendidikan adalah hal lain yang menjadi masalah. Perspesi keluarga bahwa keterbatasan mental ini tidak dapat diperbaiki membuat keluarga ragu-ragu untuk menyekolahkan anak mereka. Kebanyakan dari mereka pada awalnya tidak menyadari adanya keterbatasan ini sehingga anak-anak mereka didaftarkan untuk mengikuti pendidikan umum di Sekolah Dasar setempat. Tetapi kegagalan untuk berkembang membuat mereka tidak dapat meneruskan pendidikan di arus utama (lihat Mercer, 1973). Walaupun Sekolah Luar Biasa Semin memberikan pendidikan gratis tetapi proses untuk mendapatkan pendidikan luar biasa tidaklah mulus. Pertama, keluarga menganggap bahwa pendidikan justru memberatkan dan mempersulit kehidupan para

penyandang mental disabilitas. Kedua, masalah transportasi juga hambatan bagi keluarga untuk menyekolahkan anaknya. Kebanyakan dari mereka tidak memiliki sarana sedangkan Sekolah Luar Biasa jauh dari rumah mereka. Apabila masalah ini terpecahkan, keluarga akan memberikan ijin bagi anak mereka untuk sekolah.

Masa depan para penyandang disabilitas mental akan tetap menjadi masalah keluarga. Kemampuan sosial dan ekonomi mereka biasanya bersifat parsial sehingga diperlukan keluarga sebagai sistem sosial yang mendukung kehidupan mereka seterusnya. Pertama, hal ini disebabkan oleh peran keluarga tetap lebih besar dibandingkan pemerintah untuk mengelola masalah disabilitas mental. Pemerintah, walaupun telah menunjukkan inisiatifnya, masih kurang memberikan penekanan pada program-program yang tepat. Kedua, budaya Jawa menekankan pentingnya keluarga untuk menangani masalah sehari-hari, baik keluarga inti maupun keluarga besar.

Catatan

Representasi sosial mengenai disabilitas mental memberikan kerangka untuk memahami masalah disabilitas mental terutama dari perspektif masyarakat awam dan penyandang disabilitas mental itu sendiri. Mereka selama ini lebih memainkan peran sebagai agen pasif dalam perubahan sosial. Dalam hal ini, kebutuhan

psikologis dan sosial mereka perlu diubah dan diintegrasikan dengan pemahaman para profesional untuk pelaksanaan program-program yang lebih efektif. Kurang berhasilnya program sering terjadi antara perencana, pelaksana, dan penerima program karena kesalahpahaman mengenai kebutuhan psikologis dan sosial yang sesungguhnya.

Rekomendasi untuk penelitian lebih lanjut adalah perlunya pengembangan metode triangulasi untuk pengambilan data, yaitu dengan ditambahkannya observasi partisipatif dan analisis media (Flick, 1998; Yin, 1994). Hal yang kedua yang masih harus dikembangkan adalah ekspansi karakteristik subjek. Dukun atau 'orang pintar' adalah aktor-aktor penting dalam sistem pelayanan kesehatan lokal. Informasi yang lebih kaya akan diperoleh dari mereka sebagai sebuah unit sosial tersendiri.

Daftar Pustaka

- Adams, M. (1971). *Mental Retardation and Its Social Dimensions*. Weverley: Columbia University Press.
- Augoustinos, M., Walker, I. (2004). *Social Cognition. An Integrated Introduction*. London: Sage Publications
- Bauer, M., and Gaskell, G. (1999). Towards a Paradigm for Research on Social Representations. *Jour for the Theory of Social Behaviour*, 29, 2: 163 – 186

- Cohen, A. P. (1985). *The Symbolic Construction of Community*. London: Routledge
- Crow, G., and Allan, G. (1994). *Community Life: an Introduction to local social relationship*. Hemel Hempstead : Harvester-Wheatsheaf
- Dovidio, J. F., Major, B., Crocker, J. (2000). Stigma: Introduction and Overview. In T. F., Heatherton, R. E., Kleck, M. R. Hebl, and J. G. Hull (Eds.) *Stigma*. New York: The Guilford Press
- Eayres, C. B., Ellis, N., Jones, R. S. P., and Miller, B. (1995). Professional and Lay Representations of Health, Illness and Handicap. In I. Markova and R. M. Farr (Eds.) *Representations of Health, Illness, and Handicap*. London: Harwood Academic Publishers.
- Faradz, S. M. H. (1998). *Fragile X Mental Retardation and Fragile X Chromosomes in the Indonesian Population*. University of New South Wales, Sydney: PhD Thesis
- Farr, R. M. (1995). Representations of Health, Illness, and Handicap in the Mass Media of Communication: A Theoretical Overview. In I. Markova and R. M. Farr (Eds.) *Representations of Health, Illness, and Handicap*. London: Harwood Academic Publishers.
- Flick, U. (1998a). *An Introduction to Qualitative Research*. London: Sage
- Flick, U. (1998b). *The Psychology of the Social*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gillespie, A. (1999). The battle of the symbols: Constructing peace for Northern Ireland in three public spheres. *MSc Social Psychology Dissertation*. London School of Economics and Political Science: Unpublished
- Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. London: Penguin Group.
- Hodapp, R., Burrack, J., and Zigler, E. (1990). *Issues in the Developmental Approach to Mental Retardation*. Cambridge: Cambridge University Press
- Jovchelovitch, S. (2001). Social Representations, Public Life and Social Construction. In K. Deaux and G. Philogene (Eds.) *Representations of the Social*. Oxford: Blackwell.
- Jodelet, D. (1991). *Madness and Social Representations*. London: Harvester
- Kompas (2002). *Misteri Retardasi Mental di Gunung Kidul*. Available: <http://www.kompas.com/index.htm>

- Mercer, J. (1973). *Labelling the Mentally Retarded*. Berkeley: University of California Press.
- Rissel, C. and Bracht, N. (1999). Assessing Community Needs, Resources, and Readiness. Building Strengths. In N. Bracht, *Health Promotion at Community Level 2*. London: Sage Publications
- Seligman, M., Walker, E., Rosenhan, D. (2001). *Abnormal Psychology*. New York: W. W. Norton & Company, Inc.
- Wagner, W., Duveen, G., Farr, R. and Jovchelovitch, S., Lorenzi-Cioldi, F., Markova, I., Rose, D. (1999a). Theory and Method of Social Representations. *Asian Journal of Social Psychology*, 2: 95-125
- Wagner, W., Duveen, G., Themel, M., Verma, J. (1999b). The Modernisation of Tradition: Thinking about Madness in Patna, India. *Culture and Psychology*, 5, 4: 413 – 445
- Yin, R. (1994). *Case Study Research. Design and Methods. Second Edition*. London: Sage Publications